

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V



IMPRESSUM

Sozialmedizinische Expertengruppe

SEG 5 – Hilfsmittel und Medizinprodukte
Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Annemarie Albert, Leiterin des Fachreferates Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe

Dr. med. Roberta Bova-Kamphues, Referentin Hilfsmittel, Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

Dr. med. Tasja Brischmann, Fachreferentin Hilfsmittelversorgung, Medizinischer Dienst Sachsen

Dr. med. Ruth Hassa, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Orthopädie,
Medizinischer Dienst Nordrhein

Andreas Klos, Leiter Referat Hilfsmittelversorgung, Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

Dr. med. Marion Mack-Westerhaus, Leitung Fachbereich Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Bayern

Wilhelm Naumann, Medizinischer Dienst Saarland

Review

Prof. Dr. P. Schunda, Leitung der SEG 5, Medizinischer Dienst Hessen

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst – wurden am 18. Oktober 2023 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten, steigen das Risiko von Verfristungen, Fallrückgaben und die Gefahr, dass Versicherte unnötig lange auf Leistungen warten müssen, die sie zum Erhalt oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit und / oder ihrer Teilhabe benötigen.

Zur Standardisierung und Verbesserung der Fallvorbereitung haben sich seit Jahren Checklisten in den MD etabliert, die den Krankenkassen eine begutachtungsreife Fallvorbereitung der Aufträge erleichtern. Die Checklisten erhalten anlassspezifisch alle Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden müssen, damit der MD den Fall sachgerecht begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten (KC / SEG) regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Die Checklisten enthalten nur anlassspezifisch definierte, obligat vorzulegende Unterlagen. Wenn die Krankenkasse darüber hinaus die Vorlage weiterer Unterlagen für notwendig hält, kann sie diese gerne ergänzen. Wichtig ist, dass bei der Fallvorbereitung die Vorgaben des Datenschutzes und Datensparsamkeit beachtet werden.

Vorwort

Bei der Beauftragung der Medizinischen Dienste zur Frage von Hilfsmittelversorgungen sind oftmals aktuelle Befunde / Unterlagen notwendig.

Auftragsvorlagen ohne diese Befunde durch die Krankenkassen verhindern häufig eine fallabschließende Begutachtung und führen über fallsteuernde Stellungnahmen zu Laufzeitverlängerungen.

Zielsetzung dieser in der SEG 5 abgestimmten Checkliste ist es, den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Krankenkassen einen Leitfaden für eine angemessene Fallvorbereitung vor einer erstmaligen Auftragsvorlage bei den Medizinischen Diensten zur Verfügung zu stellen.

Die nachfolgende Checkliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Im Einzelfall kann es notwendig sein, dass trotz einer vorangegangenen Sachermittlung durch die Krankenkasse noch zusätzliche Befunde benötigt werden.

Die Checkliste wird in regelmäßigen Abständen überarbeitet und um weitere Produktgruppen ergänzt. Sie kann den Krankenkassen durch die einzelnen Medizinischen Dienste zur Verfügung gestellt werden.

Inhalt

Präambel	4
Vorwort	5
(708) Einlagen	10
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07	10
Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)	10
Sachermittlung durch die Krankenkasse	10
(709) Elektrostimulationsgeräte	11
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0	11
Sachermittlung durch die Krankenkasse	11
Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03	11
Sachermittlung durch die Krankenkasse	11
Arztanfrage Harninkontinenz.....	13
Arztanfrage Stuhlinkontinenz	16
(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte	19
Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01	19
Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02	19
Sachermittlung durch die Krankenkasse	19
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20	20
Sachermittlung durch die Krankenkasse	20
Arztanfrage CPAP	21
Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04.....	22
Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05	22
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06	22

Sachermittlung durch die Krankenkasse	22
Arztanfrage Sauerstofftherapie	23
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.09	25
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung > 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.13	25
Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung 14.24.12	25
Sachermittlung durch die Krankenkasse	25
(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	26
Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X	26
Sachermittlung durch die Krankenkasse	26
Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01	27
Sachermittlung durch die Krankenkasse	27
(718) Kranken- / Behindertenfahrzeuge	28
Kranken- / Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X	28
Sachermittlung durch die Krankenkasse	28
Arztanfrage Kranken- / Behindertenfahrzeuge	29
(721) Messgeräte für Körperzustände / -funktionen	33
Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01	33
Sachermittlung durch die Krankenkasse	33
Arztanfrage Epilepsieüberwachung	34
(722) Mobilitätshilfen	36
Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01	36
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02	36
Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.04	36
Laufräder 22.51.05	36
Sachermittlung durch die Krankenkasse	36

Arztanfrage Therapiefahrräder / Laufräder	37
(724) Beinprothesen	40
Unterschenkel 24.71.XX.X	40
Oberschenkel 24.72.XX.X	40
Sachermittlung durch die Krankenkasse	40
(726) Sitzhilfen.....	41
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01.....	41
Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02	41
Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03	41
Sachermittlung durch die Krankenkasse	41
Arztanfrage Sitzschalen.....	42
(728) Stehhilfen	44
Stehständer 28.29.01	44
Sachermittlung durch die Krankenkasse	44
(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement	45
Insulinpumpen 30.29.04	45
Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05	45
Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06	45
CGM-Systeme 30.43.01.....	45
Sachermittlung durch die Krankenkasse	45
Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement	46
(731) Schuhe.....	49
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01	49
Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08	49
Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07.....	49

Sachermittlung durch die Krankenkasse	49
Arztanfrage Schuhe / DAF.....	50
(732) Therapeutische Bewegungsgeräte	53
Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01	53
Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01	53
Sachermittlung durch die Krankenkasse	53
Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01	54
Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01.....	54
Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01.....	54
Sachermittlung durch die Krankenkasse	54

(708) Einlagen

Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07

Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Einlagen bei schweren Fußfehlformen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Krankenkasse mit Angaben zur Vorversorgung
 - Genaue Bezeichnung der Vorversorgung mit orthopädie-schuhtechnischen Hilfsmitteln und Gehhilfen
 - bewilligter Kostenvoranschlag bzw. Rechnung über Vorversorgung
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Bericht der Verordnerin / des Verordners
 - Aktueller Befund- und Therapiebericht
 - Begründung der beantragten Versorgung
 - Ggf. KH-Bericht (z.B. Fußchirurgie)
 - Bei Kindern Angaben
 - zu Fußdeformitäten (rigide oder flexibel)
 - zu Gangbildauffälligkeiten
 - zu Muskeltonusstörungen
 - zu psychomotorischen Entwicklungsstörungen
 - bei SPZ-Anbindung aktueller SPZ-Bericht

Bei Erwachsenen

- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.
- Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße
- Fotos der unbestrumpften Füße im Stand von vorne, von seitlich innen und außen, von hinten
 - Bei krankhaften Fußsohlenveränderungen (Ulcera, Schwielen, M. Ledderhose etc.) Fotos der Fußsohlen

Bei Kindern

- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.
- Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße
- Bilder der unbestrumpften Füße im Stand von vorne, von seitlich innen und außen, von hinten und im Zehenspitzenstand
- Ausführlicher Befundbericht der Verordnerin / des Verordners (s. o.)
- Bei SPZ-Anbindung aktueller SPZ-Bericht

(709) Elektrostimulationsgeräte

Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Stellungnahme der Verordner / des Verordners
- Kardiologische Stellungnahme
 - Therapieplan mit Angaben zu den geplanten Kontrollen
 - Individuelle Risikostratifizierung
- KH Entlassungsbericht
- Bei Folgeverordnungen zusätzlich
 - Tragezeitprotokolle, alternativ Bestätigung der Verordnerin / des Verordners über eine ausreichende Tragedauer und mögliche Rhythmusereignisse
 - aktuelle EF aus Echokardiographie
 - Langzeit-EKG
 - Darlegung der Optimierung der Herzinsuffizienztherapie
 - Kardio-MR-Befund bzw. Biopsie Befund bei Myokarditis
 - Ggf. Ergebnis einer genetischen Untersuchung

Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu biphasischen niederfrequenten Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur

- Vorversorgung
- Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Arztanfrage „Harninkontinenz“ bzw. „Stuhlinkontinenz“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
- Facharztberichte
 - Urologie
 - Gynäkologie
 - Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie
 - Proktologie
 - Gastroenterologie
- Rehabilitationsberichte (ggf. Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung)
- Bei Folgeanträgen:
 - Nachweis der Compliance (Ausdruck des Gerätetherapiespeichers)
 - Ärztlicher Verlaufsbericht über den Nutzungszeitraum
 - Verlaufsbericht der begleitenden Physiotherapie während der Nutzung
 - Inkontinenztagebuch der Versicherten / des Versicherten

Bei Kindern werden in der Regel Biofeedbackgeräte der
PG 15.25.19.2 (Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität) verwendet.

Arztanfrage Harninkontinenz

Alter: Größe: Gewicht:
Geschlecht: Männlich Weiblich Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Die derzeitige Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Fachärztliche Diagnostik/Behandlung durch Facharzt für:

Urologie Gynäkologie Sonstiges

Form und Schweregrad:

Harninkontinenz Belastung/Stress: Grad I Grad II Grad III
 Drang/Urge Inkontinenz
 Mischinkontinenz
 Sonstige Formen

Form und Schweregrad der Inkontinenz wurden fachärztlich gesichert: ja nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ja nein

Die Beckenbodeninnervation wurde geprüft durch folgendes Verfahren / geprüft mit:

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ja nein

Operation am:

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

Detrusorhyperaktivität Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie Hypokontraktiler Detrusor
 Hypoaktiver Sphinkter
 Beckenbodenschwäche Fehlendes Beckenbodengefühl
 Prolaps Zystozele

- Z.n. Radiatio Z.n. Hysterektomie Z.n. Prostatektomie
 Z.n. Inkontinenz-OP Sonstiges

Angaben zur durchgeführten Diagnostik:

- Miktionstagebuch geführt von _____ bis _____ Vorlagentest
 Vaginale Untersuchung Harnanalyse Restharnbestimmung
 Perineal-/ Introitus-Sono Zystographie Östrogenstatus
 Zystometrie HR Druckprofil Sonstiges
 Zystoskopie Uroflow Urodynamik

Relevante Untersuchungsergebnisse:

- Verhaltenstherapie: ja nein
 Trinkplan Miktionstraining

Reduktion Körpergewicht (bei Adipositas) Dauer der Maßnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation:

Therapie seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

- ohne Anleitung mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation Biofeedback Kombinationstherapie

chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

Vaginalsonde Intravesikalelektrode Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin Pflegepersonal Physiotherapeut*in

Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

ja nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Arztanfrage Stuhlinkontinenz

Alter:

Größe:

Gewicht:

Geschlecht:

Männlich

Weiblich

Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Die Stuhlinkontinenz besteht seit:

Ausprägung:

Proktologische Diagnostik ist erfolgt:

ja

nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten:

ja

nein

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert:

ja

nein

Form und Schweregrad:

Stuhlinkontinenz

Grad I

Grad II

Grad III

Ursachen:

Anale Sphinkterschwäche

Analprolaps/Hämorrhoidalprolaps

Z.n. Darm-OP

Z.n. Becken-Trauma

Z.n. Radiatio

Sonstige

Durchgeführte Diagnostik:

Defäkationsprotokoll

Analmanometrie

Defäkographie

Digital rektale Untersuchung

Rekto-/Koloskopie

Anale Endosonographie

MRT

Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie: ja nein

Ernährungsplan Toilettentraining Sonstiges

Umgesetzt seit/Dauer der Maßnahme:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation?

Einnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

ohne Anleitung mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation Biofeedback Kombinationstherapie

chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

Vaginalsonde Intravesikalelektrode Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin

Pflegepersonal

Physiotherapeut*in

Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

ja

nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01

Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Aerosol-Inhalationsgeräten für untere und obere Atemwege. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Angaben zur bisherigen Therapie
 - Welches Medikament soll vernebelt werden?
 - Facharztbericht Pneumologie
 - Ggf. Reha-Entlassberichte
 - Ggf. Krankenhausentlassberichte

CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

14.24.20

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu CPAP-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „CPAP“ und
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Nebenerkrankungen
 - Angaben zu AHI und ESS
 - Polygraphie und / oder
 - Polysomnographie vor und unter Therapie mit Angaben zu den Geräteeinstellungen
 - Bei COPD
 - BGA mit und ohne Sauerstoff
 - Angaben zur Geräteeinstellung

Arztanfrage CPAP

Antragsbegründende Diagnose: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Angaben zur Tagessymptomatik: _____

Welche Behandlung ist bis dato erfolgt? _____

Messung ohne Hilfsmittelanwendung: Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ ESS: _____ Sauerstoffentsättigungs-Index (ODI): _____ Minimale Sauerstoffsättigung: _____	Messung mit Hilfsmittelanwendung Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ ESS: _____ Sauerstoffentsättigungs-Index (ODI): _____ Minimale Sauerstoffsättigung: _____
---	---

Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04

Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05

Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Sauerstofftherapiegeräten (Druckgasfülleinheiten, Druck- und Flüssiggas sowie Sauerstoffkonzentratoren). Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „Sauerstofftherapie“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Nebenerkrankungen
 - BGA mit und ohne Sauerstoff
 - BGA unter Belastung (z.B. 6 Minuten Gehtest)
 - Angaben zum Sauerstoff-Flow in Ruhe und unter Belastung
 - Angaben zur Demandfähigkeit
 - Angaben zur täglichen Mobilität außer Haus
 - Bei Verordnung aus dem Schlaflabor
 - Polysomnographiebefund

Arztanfrage Sauerstofftherapie

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie ja nein

Angaben zur Symptomatik (Dyspnoe, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Exazerbationen):

Medikamentöse Therapie:

Therapiedauer Sauerstofftherapie (h/d):

Sauerstoffbedarf in Ruhe (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf bei Belastung (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf im Schlaf (Flow l/min):

Mobilität in der Wohnung ja nein _____ h/d

Mobilität außer Haus ja nein _____ h/d

Blutgasanalyseergebnisse	paO ₂	paCO ₂	SaO ₂	O ₂ -Fluss (l/min)	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O ₂					
In Ruhe mit O ₂					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unter Belastung ohne O ₂					
Unter Belastung mit O ₂					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachts mit O ₂					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

PO₂-Anstieg auf _____ mmHg unter _____ Flow l/min O₂

PCO₂-Anstieg auf maximal _____ mmHg

Ist der Patient/die Patientin demandfähig? ja nein

Besteht ein Nikotinabusus? ja nein

Angaben zum Raucherstatus:

Bemerkungen/sonstige Hinweise (z.B. Adhärenz, etc.):

Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.09

Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung > 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.13

Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung 14.24.12

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Beatmungsgeräten zur intermittierenden und lebenserhaltenden Beatmung. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Krankenhausentlassbericht
 - Diagnosen
 - BGA mit und ohne Beatmung
 - Angaben zu den erprobten Geräten
 - Bei Umversorgung medizinische Begründung
 - Angaben zu den Geräteeinstellungen
 - Beatmungsmodus
 - FiO₂
 - VT
 - AF
 - AMV
 - P_{insp}
 - PEEP
 - I:E

(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu medizinischen Kompressionsstrümpfen für Beine und Arme. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben
 - zur Vorversorgung mit Kompressionsstrümpfen, Art der Vorversorgung (Rundstrick, Flachstrick)
 - zur manuellen Lymphdrainage in den letzten 3 Jahren
 - zu erfolgter KPE (= komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit
 - Diagnose mit Angabe der Stadien
 - Angaben zum aktuellen Befund und
 - relevanten Begleiterkrankungen
 - Bisherige Therapie
 - Bei Flachstrick: Begründung, warum eine Rundstrickversorgung nicht ausreichend und zweckmäßig ist
- Maßblatt des Leistungserbringers
- Bei beantragter Flachstrickversorgung der Beine:
 - Fotodokumentation der/des Versicherten im Stehen mit unbestrumpften und unbedeckten Beinen (in Unterhose) im Stehen von vorne und von hinten
- Bei beantragter Flachstrickversorgung der Arme:
 - Fotodokumentation der/des Versicherten im Stehen mit unbestrumpften und unbedeckten Armen von vorne und von hinten mit seitlich um 90° im Schultergelenk abgespreizten Armen

Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Apparaten zur Kompressionstherapie. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben
 - zur Vorversorgung mit Kompressionsstrümpfen, Art der Vorversorgung (Rundstrick, Flachstrick)
 - Dauer und Frequenz einer MLD (Manuelle Lymphdrainage) in den letzten 3 Jahren
 - Angaben zum Leistungserbringer der MLD
 - Zu erfolgter KPE (= komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen mit Angabe zum Stadium
 - Relevante Nebendiagnosen
 - Ausschluss von Kontraindikationen
 - Lymphologischer Befundbericht der letzten 6 Monate
 - Angaben zur bisher durchgeführten Therapie
 - KPE Phase I
 - Versorgung mit Kompressionsstrümpfen?
 - Intensität (30, 45, 60 Minuten) und Frequenz der manuellen Lymphdrainage?
 - Begründung, warum die Maßnahmen der Erhaltungstherapie der KPE Phase II nicht ausreichen
 - Messungen der Extremitätenvolumina und Körpermaße im Verlauf, die Rückschlüsse auf das Vorhandensein mobilisierbarer Ödemvolumina geben.
- Vorlage eines Erprobungsberichtes des verordneten Hilfsmittels mit
 - ärztlicher Dokumentation der individuellen Erfolge
 - Angaben zum BMI zu Beginn und während der Therapie
 - Angaben zu Maßnahmen der Gewichtsreduktion
 - durchgeführtem Bewegungsprogramm

(718) Kranken- / Behindertenfahrzeuge

Kranken- / Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kranken- / Behindertenfahrzeugen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Arztanfrage „Kranken- / Behindertenfahrzeuge“ und
- Erhebungsbogen „Kranken- / Behindertenfahrzeuge für den technischen Leistungserbringer“
- Ggf. Erprobungsbericht
- Ggf. Videodokumentation der Erprobung

Arztanfrage Kranken- / Behindertenfahrzeuge

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit

nicht gehfähig

wenige Schritte: _____

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

Außer Haus:

selbständig

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremitäten: _____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: _____

Angaben zur Kopfkontrolle: _____

Kann der / die Versicherte aktiv trippeln: ja nein

Funktionsdefizite / Beeinträchtigungen:

Sehen: _____

Hören: _____

Psychokognitive Einschränkungen: _____

Liegt ein Anfallsleiden vor: ja nein

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

häuslichem Umfeld

Außenbereich

Straßenverkehr

Kindergarten, Schule

Pflege-/Behinderteneinrichtung

Nutzung vorrangig aktiv passiv

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ja nein

Fortbewegung ja nein

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Bei Versorgung mit einem Elektrofahrzeug oder elektromotorischen Antrieb:

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines elektromotorischen Antriebes möglich: ja nein

Erfolgt eine dauerhafte Medikamenteneinnahme, insbesondere von Medikamenten, welche die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen können? Wenn ja, bitte Angaben der Medikation:

Liegen Visus- oder Gesichtsfeldeinschränkungen vor?

Ist die/der Versicherte geeignet, mit der erforderlichen Sorgfalt und Sicherheit mit dem motorisch betriebenen Krankenfahrzeug am öffentlichen Straßenverkehr teilzunehmen (dies setzt gemäß Hilfsmittelverzeichnis voraus: ausreichende Funktion u.a. von Sehsinn, Hörsinn, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Koordination von Arm- und Handbewegung)?

ja nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen ist eine gesonderte Begründung notwendig.

Dies betrifft insbesondere:

- Spezielle Rückeneinheit (konfektioniert oder nach Maß)
- Spezielle Sitzeinheiten/Kissen (konfektioniert oder nach Maß, bei AD Versorgung auch Bericht Wundmanagement).
- Spezielle Bedienelemente (Einhandbedienungen, Steuerungen...)
- Hub-/Stehfunktionen
- Elektrische Verstellmöglichkeiten

Erhebungsbogen Kranken- / Behindertenfahrzeuge für den technischen Leistungserbringer

Größe: _____ Gewicht: _____

Sitzbreite: _____

Sitztiefe: _____

Sitzhöhe: _____

Rückenhöhe: _____

Unterschenkellänge: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: _____

Warum ist ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall besser geeignet als ein Standard- bzw. Leichtgewichtrollstuhl? _____

Kann der / die Versicherte aktiv trippeln: ja nein

Bei Versorgung mit speziellen Zurüstungen ist eine gesonderte Begründung notwendig.

Dies betrifft insbesondere:

- Spezielle Rückeneinheit (konfektioniert oder nach Maß)
- Spezielle Sitzeinheiten/Kissen (konfektioniert oder nach Maß, bei AD Versorgung auch Bericht Wundmanagement).
- Spezielle Bedienelemente (Einhandbedienungen, Steuerungen...)
- Hub-/Stehfunktionen

Elektrische Verstellmöglichkeiten

(721) Messgeräte für Körperzustände / -funktionen

Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Überwachungsgeräten für Epilepsiekranken. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung und Krankenhausbehandlungen
- Arztanfrage „Epilepsieüberwachung“ oder
- Neurologische Stellungnahme:
 - zur Notwendigkeit der beantragten Versorgung (Indikation)
 - Begründung der Verordnerin / des Verordners bei Einzelproduktverordnung (Ist das Hilfsmittel geeignet, die individuellen Therapieziele zu erreichen?)
- Bei Verordnung eines nicht im HMV gelisteten Produktes:
- Ist im Einzelfall auch ein gelistetes Produkt zur Erreichung des Therapiezieles geeignet?

Arztanfrage Epilepsieüberwachung

Epilepsie: Klassifikation, Erscheinungsform, Ausprägung: _____

Erstdiagnose: _____

Bisheriger Verlauf: _____

Relevante Komorbiditäten oder sonstige Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, motorische Einschränkungen): _____

Therapiekonzept(Medikation) _____

Mit welchem Erfolg/Ergebnis: _____

Individuelle Therapieziele: _____

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.: _____

Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation): _____

In welchem Umfeld soll das Epilepsieüberwachungsgerät eingesetzt werden (vorgesehener Einsatzort)?

Bett (überwiegend nächtliche Überwachung)

Inhäusig (tagsüber und nachts)

Inhäusig und außer Haus (tagsüber und nachts)

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Epilepsieüberwachungsgeräts in der Lage?

ja nein

Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden Arztes handeln. Steht eine entsprechend eingewiesene Person im Umfeld des/der Vers. zur Verfügung?

ja nein

(722) Mobilitätshilfen

Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01

Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02

Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.04

Laufräder 22.51.05

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Zweirädern für Kinder und Jugendliche, Dreirädern für Kinder und Jugendliche und restkraftverstärkenden Dreirädern für Kinder und Jugendliche. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Arztanfrage „Therapiefahrräder“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Videodokumentation der Erprobung

Arztanfrage Therapiefahrräder / Laufräder

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung/Zusatz- oder Sonderausrüstungen:

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit nicht gehfähig

wenige Schritte: _____

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremitäten: _____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: _____

Angaben zur Kopfkontrolle: _____

Angaben zu Gleichgewichtssinn und Koordination: _____

Funktionsdefizite / Beeinträchtigungen:

Sehen: _____

Hören: _____

Psychokognitive Einschränkungen: _____

Liegt ein Anfallsleiden vor: ja nein

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

häuslichem Umfeld

Außenbereich

Straßenverkehr

Kindergarten, Schule

Pflege-/Behinderteneinrichtung

geschützter Bereich (Hof, verkehrsberuhigte Straße, etc.)

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ja nein

Fortbewegung ja nein

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines Therapiefahrrades / Lauf-
rades möglich: ja nein

Erfolgt eine dauerhafte Medikamenteneinnahme, insbesondere von Medikamenten, welche die aktive
Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen können? Wenn ja, bitte Angaben der Medikation:

Ist eine Eigen- oder Fremdgefährdung durch die Benutzung des Therapierades / Laufrades ausgeschlos-
sen?

ja nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

(724) Beinprothesen

Unterschenkel 24.71.XX.X

Oberschenkel 24.72.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Unterschenkel- und Oberschenkelprothesen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 24, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Profilierhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen“ des GKV-SV inklusive der entsprechenden Maßblätter und
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen des gesunden Beines (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen des Amputationsstumpfes (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß der angrenzenden Gelenke)
 - bei Einzelproduktverordnung individuelle Begründung
 - Welche Alternativen wurden erprobt und warum war die Erprobung nicht erfolgreich?
- KH-Entlass Bericht(e)
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Videodokumentation der Erprobung mit vergleichender Darstellung alltagsrelevanter Gebrauchsvorteile gegenüber erprobter Alternativen

(726) Sitzhilfen

Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01

Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02

Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Sitzschalen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 18, PG 22 und PG 23)
- Arztanfrage „Sitzschalen“
- KH-Entlass Bericht(e)
- Erprobungsbericht
- Bei Folgeversorgungen mit technischen Änderungen bzw. Umversorgungen:
 - Bilddokumentation der vorhandenen Versorgung mit Darstellung der Sitzposition der / des Versicherten in der vorhandenen Versorgung von vorne, seitlich rechts, seitlich links und hinten

Arztanfrage Sitzschalen

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Sitzhilfen werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung/Zusatz- oder Sonderausrüstungen:

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: _____

Gehfähigkeit: _____

Sitzvermögen: _____

Muskeltonus: Hypotonie Hypertonie Dystonie

Sitzposition: symmetrisch asymmetrisch Windschlag

Kontrakturen

Rumpfstabilität: _____

Kippneigung: ventral rechts links

Kopfstabilität: _____

Wirbelsäulendeformität:

keine Kyphose Skoliose Hyperlordose

Adduktorentonus: unauffällig gesteigert massiv gesteigert

Funktion und Beweglichkeit

Obere Extremitäten: _____

Untere Extremitäten: _____

Instabilität von Gelenken: nein ja, welche:

Nutzung überwiegend in

häuslichem Umfeld Kindergarten (Förder-)schule Einrichtung

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Sitzschale: konfektioniert individuell gefertigt

Erforderliche Zurüstungen: _____

Warum ist eine individuelle Fertigung erforderlich? _____

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfektionierte Sitzschale aus? _____

Sind alternative Versorgungsarten erprobt worden? Wenn ja, welche und warum waren sie nicht erfolgreich?

(728) Stehhilfen

Stehständer 28.29.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Stehständern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung, zu Liftern / Transferhilfen, Krankenhausbehandlungen, Rehamaßnahmen und Heilmitteln
- Bei Rehamaßnahme in den letzten 12 Monaten
 - Reha-Entlassbericht
- Stellungnahme Verordnerin / Verordner mit Angaben
 - Diagnose
 - zu den Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten (Bewegungsausmaße nach Neutral-Null und Kraftgrade nach Janda)
 - zur Steh- und Gehfähigkeit
 - Rumpf- und Kopfstabilität
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Ausschluss von Kontraindikationen für ein Stehtraining
- Erprobungsbericht

(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement

Insulinpumpen 30.29.04

Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05

Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06

CGM-Systeme 30.43.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Insulinpumpen, Insulinpumpentherapiesystemen, Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systemen und CGM-Systemen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“ sowie
- ICT-Tagebuch / CGM-Daten des Vers. möglichst über 90 Tage (mindestens 30 Tage) als ambulantes Glukoseprofil (AGP)
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)
- Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)

Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement

Diabetestyp mellitus: Typ 1 Typ 2

Sonstiger Diabetes mellitus

Erkrankung seit (Erstmanifestation):

Größe: _____

Gewicht: _____

Relevante Komorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen oder sonstige Einschränkungen
(z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik):

Intensivierte Insulintherapie seit: _____

Therapieplan der intensivierten Insulintherapie:

BE-Faktor:

Korrektur-Faktor:

Basalinsulin:

HbA1c der letzten 12 Monate: _____

Konkrete Probleme der Glukoseeinstellung (insb. Hypoglykämien, Fremdhilfebedarf?):

Bisherige Therapiemodifikationen:

Bisherige Schulungsmaßnahmen:

Individuelle Therapieziele:

Relevante Kontextfaktoren sowie Aspekte der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst, Familie, Schule):

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.:

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Hilfsmittels in der Lage?

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Glukosemessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich?

Begründung der Verordnerin / des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?

- Ist ein AID -System geplant? ja nein

- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc.)

Sonstiges/weitere Hinweise:

(731) Schuhe

Orthopädischer Maßschuh 31.03.01

Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08

Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu orthopädischen Maßschuhen, Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom und diabetesadaptierten Fußbettungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 08, PG 10, PG 23, PG 18, PG 22 und PG 31)
- Arztanfrage „Schuhe / DAF“
 - Alternativ bei Diabetes:
 - Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG
- KH- / MVZ-Bericht
 - bei fußchirurgischen Eingriffen
- Reha-Bericht bei zeitnaher Reha-Maßnahme
- Bei Kindern und Behandlung durch SPZ:
 - SPZ-Bericht
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Fotodokumentation der Füße im Stand (ohne Bandagen oder Strümpfe und in Farbe) von vorne, von innen- und außenseitig und von hinten
 - Bei Knicksenkfuß und Zehenspitzenang im Zehenspitzenstand
 - Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1-Kopie mit Angaben zu:
 - Fußumfang und Zehenhöhen
 - Fußlänge und Schuhgröße

Arztanfrage Schuhe / DAF

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Erstverordnung

Folgeverordnung

Fußbefund (kurze Beschreibung von Lokalisation/Ausprägung oder Foto):

	Ja	Nein	Beschreibung
Rückfußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittelfußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorfuß-/Zehendeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Strahldefekt/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcus/Druckschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
abgeheilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hornhautschwielen mit Einblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fußverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____cm li. _____cm
Beinlängenverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____cm li. _____cm
Lähmungen	<input type="checkbox"/> schlaff	<input type="checkbox"/> spastisch	

Trophische Störungen

Neuropathie

Angiopathie

Osteopathie

Liegt ein diabetisches Fußsyndrom vor? Ja Nein

Liegt eine Polyneuropathie vor? Ja Nein

Liegt eine pAVK vor? Ja Nein

Liegt eine terminale Niereninsuffizienz vor? Ja Nein

Oberflächensensibilität der Füße entsprechend Semmes-Weinstein-Monofilament

Tiefensensibilität der Füße entsprechend Stimmgabeltest

Bei Verordnung von diabetesadaptierten Fußbettungen:

In welchen Schuhen sollen die DAF getragen werden? _____

Röntgen vom: _____

Befund: _____

Fußschmerzen nach welcher Gehstrecke: _____m

Bewegungsumfang OSG nach Neutral-Null: _____°/_____°/_____°

Fehlstellung in den Sprunggelenken (OSG/USG) oder Arthrose/Instabilität in den Sprunggelenken (OSG/USG):

Mobilität	uneingeschränkt	kurz außer Haus	nur im Haus	nicht gehfähig
• ohne Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• m. konf. Schuhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• m. orthop. Schuhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erforderliche Elemente des Schuhs (kurze Beschreibung)

- Spezielle Bettung _____
- Entlastung _____
- Stützung _____
- Dämpfung/Polsterung _____

(732) **Therapeutische Bewegungsgeräte**

Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01

Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu fremdkraftbetriebenen Knie- und Schulterbewegungstrainern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu
 - Krankenhausbehandlungen und RehaMaßnahmen
 - Vorversorgung mit therapeutischen Bewegungsgeräten
 - Angaben zur Heilmitteltherapie in den letzten 12 Monaten
 - Erfolgt aktuelle Physio- oder Ergotherapie?
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
 - Bei konservativer Therapie Angaben:
 - zur Diagnose
 - bisherigen Therapie
 - aktueller Befund mit Bewegungsumfang des zu behandelnden Gelenkes nach Neutral-Null
 - Begründung der Versorgung mit Therapieplan und prognostischer Einschätzung
 - Bei durchgeführter Operation
 - OP-Bericht mit Nachbehandlungsschema
 - Begründung und Therapieplan der Verordnerin / des Verordners mit
 - Angaben zum aktuellen Bewegungsausmaß des zu behandelnden Gelenkes nach Neutral-Null
 - Erlaubter Bewegungsumfang des Gelenkes
 - Angaben zur erlaubten Belastung
 - Komplikationen im Verlauf
 - Prognostischer Einschätzung

Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01

Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01

Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu fremdkraftbetriebenen Bein- und Armtrainern sowie Kombinationstrainern für Arme und Beine. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung, Krankenhausbehandlungen, Rehamaßnahmen und Heilmitteln
- Bei Rehamaßnahme in den letzten 12 Monaten
 - Reha-Entlassungsbericht
- Stellungnahme der Verordnerin / Verordner mit Angaben
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen bzw. unteren Extremitäten (Bewegungsausmaße nach Neutral-Null und Kraftgrade nach Janda)
 - zur Gehfähigkeit mit und ohne Hilfsmittel (Angabe in Metern)
 - zu Vorhandensein und Ausmaß einer Spastik
 - Warum reicht Physiotherapie und / oder Ergotherapie nicht aus?
 - bei Morbus Parkinson zusätzlich Angaben
 - Rigor, Akinesie, Freezing
- Erprobungsbericht mit konkreten Angaben zu
 - Dauer und Frequenz des tägl. Geräteeinsatzes
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Komplikationen